

Observatoire pour la sécurité des médecins: recensement national des incidents

Le Conseil national a mis en place l'Observatoire de la sécurité des médecins, afin d'assurer un suivi de l'insécurité à laquelle les médecins sont exposés dans leur exercice professionnel.

Déclaration d'incident à remplir, puis à renvoyer, pour chaque incident que vous souhaitez porter à la connaissance de votre conseil départemental de l'Ordre.

Événement survenu le :

L M M J V S D ____ / ____ / 200____, à ____ heures.

Cachet et signature
(à défaut
n° d'identification ordinal) :

Qui est la victime de l'incident ?

Vous-même

Un collaborateur

Autre (à préciser) _____

Qui est l'agresseur ?

Patient

Personne accompagnant le patient

Autre (à préciser) _____

A-t-il utilisé une arme ? (Préciser le type d'arme) _____

Quel est le motif de l'incident ?

Un reproche relatif à une prise en charge

Un temps d'attente jugé excessif

Un refus de prescription (médicament, arrêt de travail...)

Le vol

Autre (à préciser) _____

Pas de motif particulier

Atteinte aux biens

Vol

Objet du vol : _____

Vol avec effraction

Acte de vandalisme

Autre (à préciser) _____

Atteinte aux personnes

Injures ou menaces

Coups et blessures volontaires

Intrusion dans le cabinet

Autre (à préciser) _____

IDENTIFICATION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL



Vous êtes médecin spécialiste en _____ (à compléter)

Vous êtes une femme un homme

Cet incident a eu lieu...

• Dans le cadre d'un exercice de médecine de ville

Au cabinet

Ailleurs (à préciser) _____

• Dans le cadre d'une activité en établissement de soins

Établissement public **Établissement privé**

Dans un service d'urgence

Ailleurs (à préciser) _____

• Dans le cadre d'un service de médecine de prévention ou de contrôle

À préciser : _____

À la suite de cet incident, vous avez :

Déposé une plainte

Déposé une main courante

Cet incident a-t-il occasionné une interruption de travail ?

Oui : (indiquer le nombre de jours) _____

Non

Disposez-vous d'un secrétariat, d'un accueil ou d'un service de réception ?

Oui

Non

L'incident a eu lieu...

En milieu rural

En milieu urbain, en centre ville

En milieu urbain, en banlieue

Déclaration d'incident

remplie le ____ / ____ / 201 ____

Je désire rencontrer un conseiller départemental

Les informations fournies ne feront l'objet d'aucune autre exploitation que celles permettant une meilleure connaissance des problèmes de sécurité liés à l'exercice de la médecine. Conformément à la loi, vous avez un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant que vous pouvez exercer en vous adressant à votre conseil départemental.